B 9 31

LE IDEE ATTUALI
SULLA DIFESA CONTRO LA TUBERCOLOSI
ed i Sanatorii per i tisici

Prof. ALBERTO RIVA
Direttore della Clinica Medica generale
alla R. Universitá in Parma

Dott. CESARE CATTANEO
Specialista per le malattie dei bambini
in Parma

Tipografia R. PELLEGRINI Libraio-Editore — Parma

LE IDEE ATTUALI
SULLA DIFESA CONTRO LA TUBERCOLOSI
ed i Sanatorii per i tisici

Prof. ALBERTO RIVA
Direttore della Clinica Medica generale
alla R. Universitá in Parma

Dott. CESARE CATTANEO
Specialista per le malattie dei bambini
in Parma

La tubercolosi: ecco il nemico! il grido di allarme che risuona oggi, più forte, insistente, largamente ripetuto, e che ora incontra orecchie pronte ad intenderlo, cuori pronti a rispondervi, era già stato lanciato, e da lungo tempo, da medici insigni, e, ci sia permesso l' affermarlo, da noi stessi, ma non fu udito, o chi lo udì volse il capo, presto dimenticando. Nei circoli scientifici si è sempre pensato a quella terribile malattia, si è sempre, con infinita costanza, lavorato a cercare per essa il rimedio e tratto tratto la notizia di una nuova cura inventata, di un farmaco, di un siero, proclamati specifici contro il morbo, sommoveva il campo medico, si ripercuoteva, agitandolo, sul pubblico, destando infinite speranze, alle quali nuove delusioni seguivano. Tutto ciò ha valso a far in modo che la credenza antica che la tubercolosi sia malattia incurabile, inguaribile, mettesse sempre più profonde radici, e ad essa molti anche, che pure alle scienze mediche non sono profani, restano fedeli.

Non vi ha medico, il quale non sappia perfettamente che la tubercolosi è malattia contagiosa, che il contagio principalmente si trasmette per gli sputi dei tisici, che il contagio puó più raramente avvenire per l' ingestione di latte o carne di animali tubercolosi, che ancora più raramente l' infezione ha luogo accidentalmente per la cute e per gli organi genitali. La semplice nozione della contagiosità della malattia basta a far ammettere che essa possa essere evitabile, che non esistano od esistano pochi individui, i quali debbano *necessariamente* soggiacervi. È questo il concetto della eredità di terreno, della predisposizione ereditaria, generalmente accettato: il figlio di tubercolosi non nasce, o solo in casi eccezionali, tubercoloso, ma tubercolizzabile assai facilmente: messo in favorevoli condizioni, messo cioè in grado di sfuggire al contagio che avverrebbe sicuramente e rapidamente nell'ambiente infetto in cui nacque, egli può rimanere

sano per tutta la vita. *Hutinel* ha provocata un inchiesta amministrativa sulla frequenza della tubercolosi presso i trovatelli di Parigi mandati in provincia dalla assistenza publica : questi bambini sono per la grande maggioranza nati da genitori tubercolosi morti all' ospedale, e malgrato questa innegabile eredità il numero dei tubercolosi è stato trovato ristretto. *Stich e Bollinger* esaminando degli orfanelli nati da genitori tubercolosi non hanno trovato che un numero ristrettissimo di manifestazioni tubercolari.

Data la generale conoscenza fra i medici della contagiosità della tubercolosi, quando è noto perfettamente per quale meccanismo il contagio avvenga nel grandissimo numero dei casi, quando cioè è risaputo che è il bacillo di Koch che produce la malattia, che esso si moltiplica milioni e milioni di volte nell' organismo ammalato, e da esso si riversa all' esterno (si è calcolato che un tubercoloso che espettora *una volta ogni ora* emette nelle 24 ore oltre 7 miliardi di bacilli) quando è noto e dimostrato che il bacillo resiste all' essiccamento, che dagli sputi disseccati esso viene dalla scopa lanciato in aria, donde ognuno può inalarlo, nelle case e nelle strade, appare strano, meraviglioso, come finora nulla si sia fatto per impedire il contagio, per impedire che un tisico sia causa di infezione a cento sani, per restringere, isolare la malattia nelle sue ultime trincee e spegnerla forse per sempre.

Eppure proprio in Italia, quando dalle altre nazioni, che ora, in questa questione come in altre, ci sono dinnanzi e di un gran tratto, ad una difesa contro la tubercolosi non si pensava, si era avuto l' esempio più chiaro e dimostrativo degli effetti immensi che una bene intesa profilassi potrebbe arrecare : essa era regolata da disposizioni di legge fin dal 1754 in Toscana, dal 1782 nel Napoletano. Nel Regno di Napoli era obbligatoria la denuncia dei casi tubercolosi, i tisici venivano sorvegliati e così le loro famiglie, era obbligatoria la distruzione degli abiti, dei letti dei tisici, ed obbligo severo era dato ai locatari di rinnovare l' intonaco delle pareti nell' alloggio di un tisico : e nel Regno di Napoli la tubercolosi era malattia rara, e dacchè quelle leggi non sono più in vigore, essa anche in quei paesi è divenuta frequente, ha allargato il suo spaventoso dominio e sempre più lo allarga.

La indicazione netta, precisa, che sorge da quanto la scienza ha ampiamente dimostrato, da quanto la quotidiana osservazione consente a chicchessia di osservare è questa : isolare l' uomo tubercoloso, e distruggere gli sputi, uccidere l' animale tubercoloso e distruggerne le carni : il primo postulato di gran lunga più importante che il secondo.

Facile sorge l' obbiezione: tutto ciò sapevamo, ma ciò appunto non è possibile attuare. Non è possibile, è vero, attuare questa profilassi così precisamente stabilita. Ma perchè? Perchè nel pubblico non è entrata la convinzione dei danni che un tubercoloso può arrecare, perchè non gli è stato dimostrato, con le cifre e con gli esempi, che un tubercoloso è un pericolo continuo vivente. Uno di noi scriveva, in un suo lavoro publicato alcun tempo fa (1) « io ritengo fermamente che, solo allorquando tutti avranno « compreso i pericoli che un tubercoloso presenta per chi lo circonda, e si saranno abi- « tuati a considerarlo come un infetto, così come un tifoso, un vaioloso ecc. e si spo- « glieranno della sentimentale pietà che permette ai tubercolosi di girare liberamente « ovunque, infettando coi loro sputi l' aria delle strade, delle case, dei ritrovi, conta- « minando gli oggetti di pubblico uso, solo allora si potrà fare della utile profilassi

(1) Dott. Cesare Cattaneo. Note di Pediatria. — Parma, Pellegrini edit.

« contro la tubercolosi: potrà ad alcuno apparire crudele e spietato quanto io dico, ma « tale non apparirà certo a chi ne ha dovuto fare la dolorosa esperienza » La convinzione di tutto ciò non è salda, ferma, incrollabile, neppure nei medici stessi: in molti il sentimentale pregiudizio che non bisogni dire al tubercoloso quale sia la malattia che lo distrugge, è ancora forte, e la pietà pel malato vince il sentimento del pericolo a cui si espongono altre persone, al quale il medico stesso, il personale sanitario in genere è esposto: valgano ad esempio i non pochi medici morti, nel fior degli anni, di tubercolosi acquisite, valgano ad esempio le suore di carità delle quali i due terzi muoiono di tubercolosi, gli infermieri che per un terzo soggiaciono alla terribile malattia. L' idea che possa la denuncia della tubercolosi divenire obbligatoria fa fremere e protestare inorriditi molti medici, anche valentissimi: qual meraviglia adunque che questo obbligo per la prima volta in Italia sancito da un Regolamento sanitario, quello di Milano (che è del resto ancora allo stato di progetto, nè è sicuro arrivi in porto) non sia ancora divenuto una funzione legale?

A persuadersi dei danni che la tubercolosi arreca, sottraendo individui validi alla società, caricandola di invalidi, basta dare una rapida scorsa ad alcuni dati statistici: l' impressione che se ne ricava è superiore a quella che potrebbe dare il più pessimista e persuasivo ragionamento. Nessuna epidemia, di quelle che destarono il maggiore allarme nei popoli civili, che furono sprone a tante misure igieniche e profilattiche e repressive, ha mai spento tante vite quanto ne spegne la tubercolosi lentamente, subdolamente, senza che il gran pubblico se ne accorga e se ne impensierisca.

Il poter dire quale sia la morbilità della tubercolosi, quanti sieno cioè gli ammalati di tubercolosi in Italia annualmente è difficile. Troppe notizie mancano all' uopo, la malattia viene celata sempre, spesso sulla stessa cedola mortuaria è segnata una diagnosi che non è la vera: aggiungiamo la difficoltà che talune volte si incontra a stabilire la vera natura della malattia. Da un calcolo assai approssimativo, contando che ad ogni morto corrispondano 10 tubercolosi in vita, si avrebbero in Italia su 31.000000 di abitanti circa 500,000 ammalati di tubercolosi ogni anno.

Assai meglio note, quantunque sempre al disotto del vero, sono le condizioni della mortalità: ci sia permesso riportare qualche cifra.

In Italia morirono per tubercolosi

nel 1892 persone 66743
nel 1895 persone 59521
nel 1896 persone 59396

In un periodo di 10 anni, dal 1887 al 1895 la media della mortalità annua è di 61.711 decessi, dei quali 31.614 per tubercolosi polmonare: cifre inferiori certo alla realta. Facciamo un confronto con altre malattie infettive: nello stesso decennio morirono annualmente in Italia, per vaiolo, morbillo, scarlattina, difterite faringea e laringea, tifoide e tifo petecchiale, vale a dire per le più gravi e mortali malattie infettive acute sommate assieme in media 66,000 persone, cioè 4290 appena di più che per la sola tubercolosi. In Italia in 30 anni si ebbero 214,000 morti per cholera e 2 milioni per tubercolosi. E la proporzione va sempre crescendo a favore della tubercolosi poichè per molte malattie infettive la mortalità va diminuendo, sia per nuovi efficaci ritrovati terapeutici sia per misure igieniche e profilattiche imposte, e così per il vaiolo si ridusse da 55 ad 8 per 10000 abitanti, pel morbillo da 80 a 29, per la scarlattina da 49 a 15 per la difterite da 96 a 50, mentre per la tubercolosi rimane pressochè stazionaria, intorno a 200.

I dati risultati dalle autopsie si accordano completamente colle cifre suesposte. Per Parma ad es. troviamo che su 644 autopsie eseguite all' ospedale nel 1898, si riscontrò la tubercolosi (tenendo conto solo dei casi nei quali si presentavano tubercoli macroscopicamente sicuri ed in evoluzione, ed esclusi i casi guariti, sinfisi delle sierose ecc. e quelli che pur sarebbero stati riconosciuti tubercolosi dalle indagini batteriologiche) in 132 casi, vale a dire nel 20, 5 p. % con un rapporto di 1 a 5 e sui 132 casi in 88 si trattava di lesioni polmonari cioè nel 66 p. %

Queste cifre, già così imponenti, sono ancora inferiori a quelle di altri paesi, più densi di popolazione industriale, dove maggiori sono le agglomerazioni umane: questo fattore ci preme far rilevare: le cifre che verremo esponendo sono la più forte prova che dar si possa che sono il contatto diretto e continuo, la coabitazione coi tubercolosi che danno l' aumento di mortalità.

Le città con oltre un milione di abitanti dànno 400 morti in media per 100000: le città con una popolazione dai 500,000, ai 100,000 dànno una media di 300: Milano ha dato anzi nello scorso anno una media di 388: le città italiane con una popolazione fra i 100,000 ed i 30,000 abitanti, fra le quali sta la nostra Parma hanno una media del 27 per 10,000, e le città con una popolazione inferiore ai 30,000 una media del 2,00 ad 1,8 per 1000. La nostra città ha il privilegio poco invidiabile di superare la media assegnatale. Dai registri dello Stato Civile pel 1898 risulterebbero morti per tubercolosi 154 cioè, il 30,8 per 10000 (calcolando il Comune di Parma a 50,000 abitanti). Ma bisogna notare che tali registri compilati da profani, in molti casi non dànno che indicazioni incerte, cosichè di una quantità di pleuriti, bronchiti croniche, enteriti croniche, peritoniti, meningiti, non è dato conoscere la natura, pur essendo giustificato il sospetto che nella massima parte dei casi si tratti di tubercolosi. Infatti, se ci basiamo invece sulle statistiche del primo quadrimestre di questo anno, tenute dagli egregi colleghi Dott. Pizzetti e Clivio, sanitarii municipali, vediamo 76 morti per tubercolosi: ammettendo una uguale proporzione per i successivi quadrimestri quest' anno si avrebbe 228 morti, vale a dire il 45,6 per 10000: vale a dire una media superiore a quella delle più grandi città! Ed avvertiamo che questi dati riguardano i soli appartenenti al Comune di Parma, non entrando in bilancio gli appartenenti ad altri Comuni, morti per tubercolosi in città.

Per ben rilevare la differenza di mortalità fra la popolazione delle città e quella delle campagne citiamo la statistica di *Heller* per la Svizzera, dalla quale risulta che nei centri industriali muore in media il 25 e nei centri rurali l' 11 per 10000. Così il Belgio industriale ha una mortalità per tubercolosi doppia dell' agricola Olanda, così in Italia nella Lombardia, seminata di opifici muore per tubercolosi il triplo di individui che nelle provincie dell' Italia meridionale, dove si fa vita all' aperto ai monti, al mare.

Ad ogni medico è noto come elevata sia la mortalità per tubercolosi nelle carceri, nei conventi, nei seminarii, nei collegi. Muoiono più marinai che pescatori, e più marinai in servizio dello Stato, agglomerati in gran numero nei dormitori, che marinai liberi; muoiono più operai delle grandi officine che operai di piccole industrie, muoiono più donne che uomini, poichè le prime più spesso menano vita casalinga, e scarsamente si muovono all' aria libera.

Queste vite strappate alla società, ai loro cari, appartengono a tutte le età, dall' età del lattante alla vecchiaia; ma mentre a queste due epoche della vita la proporzione è piccola, vediamo che il maggior numero di morti, la metà, sta fra i 20 ed i 40

anni, allorquando cioè l'individuo rappresenta una forza produttrice, attiva per la Società, forza che dalla malattia viene resa passiva per un periodo di tempo anche lungo, per venire infine annullata.

E come tutte le età, così tutte le classi sociali dànno il loro contingente di morti alla tubercolosi: ma questo contingente è assai maggiore dove la miseria, il rude lavoro, la coabitazione in locali malsani, ristretti, privi di aria e di luce, la trascuranza o la impossibilità di cure adatte al primo iniziarsi del morbo, contribuiscono a rendere più facile il contagio, a diminuire la resistenza dell' organismo, quella resistenza organica individuale, che è la sola capace di impedire al sano di divenire tubercoloso, che aiutata, aumentata, permette al tubercoloso di guarire.

Per l' Italia mancano le statistiche le quali permettano di dividere i tubercolosi per classi sociali; a Copenaghen per 260 morti di tubercolosi su 100000 abitanti, appartenenti alle classi medie, se ne hanno 570 appartenenti alle classi povere: a Bruxelles nelle classi ricche la mortalità è del 6 % nelle classi povere del 54 %: in Germania i casi di morte per tubercolosi appartengono per metà alle classi operaie: in un solo paese, a Solingen, dove la popolazione è quasi esclusivamente costituita da coltellinai, armaiuoli ed arrotini la mortalità per tubercolosi è dell' 80 %: in generale per la Germania si calcola che su 1000 operai tra i 20 ed i 24 anni inabili al lavoro 527 lo sono per tubercolosi. E per gli stessi operai, è osservazione quotidiana che la tubercolosi più facilmente è rapidamente uccide quelli, il cui apparato respiratorio è, per le condizioni speciali del loro lavoro, di già assalito, deteriorato, e così i tagliapietra, i minatori, i cardatori di lana, ecc. ecc. Si può a *priori* supporre che in Italia le classi povere dabbono essere ancora più colpite, poichè si trovano in condizioni di inferiorità di fronte alle altre nazioni nei riguardi dell' igiene, della alimentazione, abitazione ecc. Infatti dall' unica statistica che ci fu possibile conoscere si rileva che a Milano nel 1897 su 1101 morti di tubercolosi al di sopra dei 6 anni e dei quali la condizione sociale era nota, 702 appartenevano alla classe operaia, cioè il 63 %. Degli altri 815 che mancano a dare il totale dei morti per tubercolosi nello stesso anno e nella stessa città, fra i quali 206 scolari e scolare, dei quali non è indicato da quale classe sociale provenissero, è lecito ammettere che moltissimi, la maggior parte, appartenessero pure alle classi povere, cosicchè il contingente che queste hanno dato alla mortalità per tubercolosi appare ancora maggiore.

Facciamo ora completa astrazione dal sentimento angoscioso che la lettura di tali cifre desta in ogni cuore che sia capace di battere per le altrui sciagure, dalla pietà che inspira l' idea di tanti infelici condannati alla morte, lenta ma sicura, di tante famiglie dannate alla miseria per la perdita di chi loro procacciava il pane col suo lavoro, racchiudiamoci pure soltanto nel manto della fredda ragione, consideriamo i fatti esposti soltanto dal punto di vista economico: la conseguenza sarà la stessa, la necessità urgente di una lotta continua, generale, contro la tubercolosi. Ed è bene sia così: noi calcoliamo anzi che la molla dell' interesse, più potente di quella del sentimento, debba essere quella che inizierà e renderà possibile anche in Italia quel movimento che già è così bene avviato in altre nazioni.

Sarebbe interessante una statistica la quale ci dicesse quanto spendono le Amministrazioni Ospitaliere, le Congregazioni di Carità, le Società di Mutuo Soccorso per la cura e la assistenza dei tubercolosi; tali cifre non è possibile ottenere, ma devono certamente rappresentare grandi capitali, perduti completamente, in quanto non restituiscono

all'ammalato la salute o almeno la capacità al lavoro per un tempo tale da compensare le spese: aggiungasi il guadagno cessante, e le somme che la tubercolosi costa ogni anno alla Società divengono enormi. Un calcolo approssimativo si può fare: se sui 500,000 ammalati annualmente in Italia per tubercolosi, si calcola che i tre quinti, cioè 300,000 appartengono alla classe dei lavoratori, e che questi 300,000 debbano restare disoccupati per la malattia in media 4 mesi all'anno con una perdita media e minima di una lira per ogni giorno di lavoro perduto, abbiamo un guadagno cessante di 36 milioni di lire all'anno: calcolando ancora che ogni tubercoloso povero costi alla Società per ogni giorno di cura in media soltanto una lira, si avrebbero altri 36 milioni di spese all'anno; per la sola Italia quindi un totale di 72 milioni di lire annue fra guadagno cessante e danno emergente. E notisi che le cifre medie di spesa sono esageratamente calcolate minime; da statistiche delle *Krankenkassen* tedesche si rileva che ogni tisico costa annualmente dai 500 ai 1000 marchi, con una media di 700 marchi vale a dire di 785 lire italiane, mentre nel nostro calcolo più sopra esposto abbiamo assegnato per ogni tubercoloso sole 120 lire annue di spesa!

Nell'Ospedale di Parma nel quinquennio 1894-1898 sono stati curati 588 ammalati di *tubercolosi polmonare*: calcoliamo per essi una media permanenza di tre mesi nell'Ospedale, con una spesa di tre lire per ogni giorno di ospitalità, ed avremo 175,860 lire, a carico dell'Ospedale e dei varii Comuni. Dei 588 ammalati sono morti all'Ospedale in detto periodo 423, i quali rappresentano quindi 114,200 lire perdute *completamente*. E si tratta della sola tubercolosi polmonare, e del solo Ospedale di Parma: a quante centinaia di migliaia di lire annue salirebbero le perdite per l'intera nostra provincia se si potessero conoscere tutti i casi di tubercolosi e le spese di tutti i Comuni?

Che cosa si fa attualmente per riparare a tanti danni? Nulla. I tubercolosi non vengono avvertiti del pericolo che essi presentano per gli altri, rimangono per lo più senza cura per un lungo periodo, poi si amministrano loro, senza alcun risultato, polveri pillole e sciroppi d'ogni specie, ed infine i più poveri, quelli che la miseria costringe a separarsi dalle loro famiglie, vengono ricoverati all'Ospedale, dove muoiono, non senza prima aver tubercolizzato altri ammalati ricoverativi per altre malattie (nel 1898 nell'Ospedale di Parma otto casi constatati all'autopsia, ed uno assolutamente accertato in un contadino di 18 anni accolto per frattura della colonna vertebrale e morto dopo 7 mesi di degenza) e dopo essere stati alla loro volta infettati con altri microorganismi patogeni, che accelerano e rendono inevitabile la loro fine. Del tubercoloso accolto all'Ospedale si può quasi garantire che dalla sala passerà alla camera mortuaria: nel nostro Ospedale, per la sola tubercolosi polmonare, si sono avute delle mortalità persino dall'83,96 % (1896): su 588 accolti in 5 anni ne sono morti 423 vale a dire in media il 72 %. E ciò dipende da condizioni contro le quali non valgono e valentia di medici, e premurosa assistenza, e spese continue da parte dell'Amministrazione. Come a Parma così è dappertutto, anche là dove, ciò che da noi manca, si hanno speciali riparti, isolati, per i tubercolosi; per dimostrare che non ci riportiamo a fatti locali, cediamo la parola al Dott. Jona, che, a proposito della ospitalizzazione dei tubercolosi, così parlava alla Associazione Sanitaria Milanese, la sera del 30 Novembre 1898.

« Noi siamo stati tutti in qualche ospedale, e possiamo essere buoni giudici se attualmente una tale cura vi sia fatta. Invece di aria pura continuamente rinnovata per le finestre aperte giorno e notte, i poveri malati i cui polmoni hanno bisogno di tanto ossigeno, respirano ed emettono continuamente aria metifica sovra satura di ogni

genere d' impurità e di emanazioni. Per riposo c' è un discreto letto; ma come possono dormire i tubercolosi, di cui molti già predisposti all' insonnia, nella penombra tetra di quelle immense sale, tra i mille gemiti di tutti quei sofferenti? Nessun provvedimento presiede alla sovralimentazione, richiesta dallo squilibrio della nutrizione, per cui la disassimilazione supera di gran lunga l' assimilazione; l' ammalato subisce l' azzardo della grande marmitta, dalla quale spesso l' infermiere estrae un pezzetto di carne grassa per colui che ne ha riluttanza. Non vi sono refettori, e la vicinanza del cibo al pitale ed alla sputacchiera può portare ripugnanza agli stomachi meno schifiltosi, nonchè a persone in cui spesso l' inappetenza è la regola. Se i principii di economia d' un ospedale richiedono in molte malattie che il nosocomio non abbia troppo dell' albergo, per i tubercolosi il *comfort* è una necessità. »

Qual meraviglia se il tubercoloso, conscio che all' ospedale non troverà la guarigione, preferisce restare a domicilio, dove in verità le condizioni rispetto alla cura sono le stesse, ma dove almeno lo circonda l' affetto della famiglia?

Che cosa si dovrebbe fare invece?

Molto complesso è il problema: se la soluzione di esso può essere teoricamente esposta in poche parole « fare delle profilassi generale ed individuale, isolare e curare gli ammalati » in pratica assai difficile è il risolverlo.

Occupiamoci un momento della profilassi: questa per essere completa dovrebbe riferirsi a molte cose: dovrebbe comprendere la sorveglianza accurata dei macelli, delle vendite di latte, la sorveglianza delle abitazioni, delle scuole, dei collegi, delle fabbriche, la costruzione di locali igienici, e la distruzione di quelli antigienici, la protezione del lavoro dei fanciulli e delle donne: una rigorosa profilassi ha potuto in Germania ed in Austria far discendere in un decennio la mortalità per tubercolosi del 10 per 10000 e nelle prigioni della Francia dal 174, 7 all' 81 per 10000. La profilassi generale dovrebbe imporre come obbligo di legge ai Municipii la disinfezione periodica dei locali publici. la pulizia delle strade con metodi meno primitivi di quelli che p. e. si usano a Parma, ai privati la disinfezione e l' imbiancamento delle case, dove ha abitato un tubercoloso prima che altri vada ad alloggiarvi, ai medici la denunzia obbligatoria dei casi di tubercolosi; la profilassi generale dovrebbe aver per base una conoscenza esatta, se non profonda, da parte del publico delle principali norme di prevenzione e difesa della tubercolosi, ed è qui dove specialmente l' opera dei medici potrebbe arrecare enormi vantaggi: a Parigi dove l' assistenza publica ha reso popolari queste norme il numero dei privati che ha chiesto la disinfezione delle case è salito nello scorso anno a 12,253. La profilassi individuale consisterebbe in una serie di precauzioni, di cure da imporsi ai tubercolosi, e che questi non faranno certo del resto se non obbligati.

Se tutto ciò è difficile a farsi, ed ognuno comprende il perchè, o per lo meno non potrà attuarsi che in un lunghissimo lasso di tempo, se questi mezzi di impedire indirettamente lo sviluppo della tubercolosi incontrano troppe pratiche difficoltà, bisognerà allora rivolgersi all' unica via di salvezza che resta, la quale è sopprimere la causa. Ciò si ottiene curando gli ammalati già esistenti, sottraendoli al contatto di individui sani, isolandoli.

Chi non crede alla guaribilità della tubercolosi, scuoterà il capo, trovando inutile ogni cura, e dirà che l' isolamento richiesto pel tubercoloso si tramuterebbe in una lunga prigionia. Che la tubercolosi non sia guaribile sotto date condizioni, noi medici dovremmo essere gli ultimi a dirlo: troppo spesso al tavolo anatomico si riscontrano

tubercoli cretificati, caverne involte da una capsula fibrosa, in individui morti per varie malattie, per non essere costretti ad accettare che guarigioni spontanee avvengono: alla anatomia patologica si unisce la clinica dandoci numerose storie di tubercolosi iniziali guarite con una serie di cure igienico-climatiche: si vedono i tubercoli del peritoneo guarire per trasformazione fibrosa sotto l' influenza della laparotomia che espone la sierosa all' aria, alla luce oppure con le lavature apneumatiche. Tutta la questione starà nel conoscere quali sieno le condizioni necessarie perchè tali guarigioni avvengano ed affrettarsi a porre i nostri malati in tali condizioni. Diciamo una volta per tutte che di una cura farmaceutica non è il caso di parlare; tutti i tentativi in proposito sono finora falliti: quella sieroterapia che per altre malattie ha dato così brillanti risultati, non ne ha dato finora di apprezzabili per la tubercolosi. Al momento attuale si può dire, e ne porteremo la prova che la tubercolosi è guaribile con mezzi igienici e dietetici, i quali sono principalmente, vita all' aperto, all' aria pura, riposo fisico e morale, alimentazione abbondante.

La prima di queste condizioni non è possibile trovarla in città: quando anche le altre condizioni richieste si verificassero, mancherebbe la buona aria, povera di microorganismi, della quale il polmone del tisico ha sete, mancherebbero l' ossigeno, la luce solare che del bacillo sono i principali nemici. Quindi gli Ospedali attuali, sia dei grandi che dei piccoli centri sono assolutamente disadatti allo scopo: quindi la necessità di creare ospedali speciali, in speciali località. Questa necessità viene data anche dalla seconda condizione, riposo fisico e morale: in un comune Ospedale, dove altri numerosi ammalati vengono accolti, dove è un via vai di infermieri, medici, parenti, è impossibile il riposo, la quiete; dal che risulta che gli ospedali ideali per tubercolosi debbono essere altresì piccoli, capaci cioè di un numero limitato di ammalati, perchè possano dare i migliori risultati.

Ma perchè questi risultati siano veramente buoni, perchè si possano guarire dei tubercolosi, e così limitare sempre più il numero degli infetti, che infettano i sani, è naturale che il trattamento igienico-dietetico debba essere iniziato al più presto, che vi siano sottoposti ammalati nei quali il morbo ha fatto ancora scarsi progressi, e che questi vengano dai medici persuasi a recarsi agli ospedali speciali, ai *Sanatori*, come vengono chiamati. Ma essi non vi si recheranno se il medico non assicura loro che la malattia è guaribile: essi malvolentieri si allontaneranno dalla loro casa, nè i parenti li lascieranno allontanare, se continueranno a credere che la tubercolosi li destina fatalmente alla morte, mentre ben volentieri vi andranno quando si dimostrerà loro che ne potrebbero ritornare guariti. Ecco perchè il medico, il medico moderno, conscio dei progressi scientifici del giorno, deve, secondo quanto noi fermamente opiniamo, poter dire al suo ammalato: voi siete un tubercoloso, ma la vostra tubercolosi è curabile ed è guaribile. Tenendogli celato il suo stato, per malintesa pietà, il medico renderebbe al suo cliente un ben cattivo servizio, perchè gli impedirebbe di ricorrere ai *Sanatori* dove, se non sempre, spesso troverà la guarigione.

Purtroppo queste nostre parole non possono avere oggi pratico valore: in Italia non esistono sanatorii: solo i molto ricchi fra i nostri clienti potrebbero giovarsi dei sanatori che esistono, e numerosi, all' estero. La nostra nazione comincia appena ora a scuotersi, sotto questo punto di vista, dal sonno profondo in cui dormiva da gran tempo, mentre nelle nazioni vicine si lavorava e si guadagnava terreno, tempo e denari: solo ora cominciano presso di noi i medici ad uscire dalla inerzia abituale, le Amministrazioni solo ora co-

minciano a comprendere che la lotta contro la tubercolosi rappresenta per esse un grande interesse economico. Ciò nelle altre nazioni, è stato compreso dà assai più lungo tempo, ed alla testa del movimento vediamo le persone più in vista, i potenti della politica, della finanza, della scienza. Recentemente scrivevano da Berlino al *Corriere della Sera* di Milano:

Il « Congresso per combattere la tubercolosi » — questo il suo titolo ufficiale — promosso dal Comitato tedesco degli asili per i tisici, avrà luogo dal 24 al 27 maggio. L' Imperatore ne ha accettato il protettorato, il Cancelliere la presidenza d'onore, a sede del Congresso fu accordato il palazzo del Reichstag.

Il Comitato ordinatore ha diviso le questioni da trattarsi in cinque sezioni: diffusione, etiologia, profilassi, terapia, asili. I relatori sono obbligati ad essere quanto più è possibile sintetici e laconici. Membro del Congresso può essere « chiunque s' interessa nel combattere la tubercolosi » e ritira una tessera, che costa venti marchi. Tra i relatori tedeschi cito l' illustre Virchow, intorno ai metodi di alimentazione, il borgomastro di Berlino, intorno ai matrimoni dei tisici, il prof. Flugge, intorno al bacillo della tubercolosi, ecc.

La questione degli asili è trattata da cinque competenti relatori: sviluppo della idea degli asili, prof. Leyden; finanze degli asili, banchiere Meyer Cohn; cooperazione delle casse per i malati all' istituzione degli asili, signor Friedeberg; costruzione degli asili, architetto Schmieden; esercizio degli asili, signor Werner; soccorsi alle famiglie dei ricoverati e per i congedati dall' asilo, signor Pannwitz.

Sinora, nella partecipazione a questo Congresso l' Italia brilla per la sua assenza.

Quanta ironia per noi in quest' ultima frase!

I primi ospedali speciali per i tisici abbienti datano da circa 20 o 25 anni or sono: allora non meritavano forse il nome di sanatori, nel senso attuale della parola, in quanto accoglievano tubercolosi d' ogni grado. I risultati furono buoni, si ebbe il 25 % di guarigioni e miglioramenti e questo decise varii stati e varie città a fondarne altri per i poveri, e man mano si venne nel concetto di accogliere soltanto i malati più facilmente curabili, destinando invece a quelli che si trovano in uno stadio avanzato della malattia speciali riparti negli ospedali comuni, ottenendo così di isolarli senza troppo allontanarli dalle loro famiglie.

I risultati ottenuti dai Sanatorii divennero allora anche più sensibilmente vantaggiosi, e nuovi se n' andarono fondando, specialmente, e questa è la miglior prova della realtà dei risultati ottenuti, per opera delle compagnie di assicurazione contro le malattie, le quali ad onta delle grandi spese di costruzione e di mantenimento hanno ancora trovato un vantaggio in confronto delle spese che prima sostenevano per la cura a domicilio ed i sussidi ai tisici.

Seguendo il sistema fin qui adottato, per convincere gli increduli, tagliamo corto alle frasi e ricorriamo alle cifre. Al sanatorio di Davos, per la città di Basilea, nel primo anno di esercizio furono accolti 185 tubercolosi, di cui 78 uomini e 107 donne, tutti delle classi povere e nell' età, per la massima parte, fra i 15 e 25 anni: i risultati furono, dopo un trattamento medio di 104 giorni: guariti (non più tosse, non più sputi completa capacità al lavoro) 25. 38 % molto migliorati 42 31 %, alquanto migliorati 23 10 % stazionarii 3 8 %, peggiorati 3 8 % morti 1 5 %.

Al sanatorio privato di Falkenstein 14 % di guarigioni assolute e 14 % di relative: a quello di Hohenhofer 14,51 % di assolute e 28,91 % di relative: a Gö-

bersdorf il 25 a 27 % di guarigioni complessive, a Ninyah nella carolina del Nord 22,64 %, a Saranak Lake (New-York) 20-25 %, a Nordrach il 30 %; ai Sanatorii per i poveri di Falkenstein e Ruppertshain il 13 % di guarigioni assolute: il 36 % di guarigioni complessive a quello di Halila in Finlandia. Riassumendo, una media, dice lo Ziemssen, del 13 % di guariti e del 28 % di migliorati così notevolmente da poter ritornare completamente al lavoro. Nè questi successi sono passeggieri. Dei dimessi come guariti nel 1876 dal sanatorio Brehmer di Göbersdorf il 59 % sopravviveva in istato di piena salute apparente nel 1890, cioè dopo 14 anni, ed essi rappresentavano il 15 % degli accolti al sanatorium.

E ci pare che basti! Altrove si è tanto convinti dalla eccellenza di tale genere di cura per la tubercolosi, che su di essa non si discute più: si pensa solo a moltiplicare questi *centri di salute* ed il comitato tedesco per combattere la tubercolosi, già sopra ricordato, ha deciso di fondare in Germania 30 sanatorii popolari.

Così esso risponde a quelli che dicono troppo scarso essere il rimedio per la gravezza del male: si moltiplica all' infinito il rimedio, ed il male viene vinto, soppresso. Quì cade in acconcio di osservare, come, a nostro modo di vedere, sia questa precisamente la via da battersi in avvenire: non ricadiamo nell' errore di erigere grandi Sanatorii capaci di 300-500 ammalati, riducendoli così a veri e proprii ospedali: si creino invece dei piccoli sanatorii, sparsi per ogni dove, che accolgano gli ammalati meno lontani, i quali avranno cosi minore difficoltà a lasciare le loro famiglie, e si facciano varie categorie di ricoveri, a seconda della gravità dei casi. Non mancano in Italia località adatte, ricche di aria, di luce, contornate da boschi, ad altezze diverse: nelle valli del nostro Appennino molti posti potrebbere competere coi celebri luoghi di cura esteri.

Da alcuni è stato espresso il timore che in tal modo non si faccia altro che creare molti centri di infezione: quando il Sanatorium sia ben costruito e ben organizzato, quando la sorveglianza sia severa, e ciò è tanto più facile certamente, quanto più picccolo è il Sanatorium, questo pericolo è vana paura: a Göbersdorf, frequentato in 40 anni da più di 25,000 tisici la mortalità per tubercolosi negli abitanti del villaggio è diminuita, mentre la popolazione raddoppiò negli ultimi 25 anni: a Falkenstein la mortalità per tubercolosi che era del 4 % prima che vi venisse fondato il Sanatorium, scese dopo al 2, 4 %, nonostante l' affluenza dei tisici in paese, e questo mentre in Italia, una città, Pisa, dove molti ammalati di tubercolosi accorrevano, attratti dalla mitezza del clima, ma dove non era sanatorio di sorta, meritava il triste sopranome di cimitero degli Inglesi. La ragione ne è troppo evidente: i sanatorii divengono per gli abitanti dei paesi vicini scuola ad apprendere quanto valgano la profilassi, la disinfezione ad evitare il pericolo.

È poi una singolare contraddizione, dice il Foà, quella di coloro che temono il Sanatorio come focolare d' infezione. Essi non si preoccupano dei germi che continuamente si diffondono nelle case e nelle locande, nelle sale d' aspetto di una stazione e nei vagoni, in chiesa o in teatro, nei caffè, o negli uffici pubblici, e temono invece il bacillo proprio dove esso viene allontanato e distrutto! Vi sono coloro che deplorano la necessità del distacco del malato dai parenti, ma questa è tutta a beneficio dell' infermo, il quale, col mutare ambiente, solleva il morale, ed è più disciplinato; in ogni modo il beneficio che ne ricava compensa largamente il dolore dei primi giorni di lontananza; dolore che l' esperienza ha dimostrato essere presto vinto dalla soddisfazione e dalla speranza.

Come funzionano questi sanatorii? Dalla splendida conferenza del Prof. Foà sull'ar-

gomento, stacchiamo alcune pagine che parlano del più bello e grandioso dei Sanatorii popolari finora eretti, quello di Davos per la città di Basilea.

Eretto con la convergenza di molte forze cantonali, cittadine e private, esso si trova tuttavia a notevole distanza dalla città di Basilea, la quale manda i suoi poveri, o con viaggio pagato o con viaggio notevolmente ridotto, a 10 ore di ferrovia lontani dalla abituale residenza. Nè in questa distanza si trova un impedimento o un freno al conseguimento dello scopo, chè anzi il numero delle domande è sempre di molto superiore a quello delle ammissioni. Nè solo Basilea dà prova di non considerare la distanza, perchè anche l' Olanda ha costrutto per i suoi tisici poveri un Sanatorio nel Davos, e così altre Associazioni residenti in lontane città, e il Governo locale favorisce l' istituzione concedendo l' area, ed esonerando l' Istituto dal pagamento delle tasse locali. I medici della città di Basilea ricevono un foglio, sulla prima pagina del quale scrivono le generalità dell' infermo che intendono raccomandare per il Sanatorio, e segnano su apposita figura schematica l' estensione della lesione polmonare. Con questo foglio il malato si presenta ad una Commissione centrale che è una specie di Corte d' appello, la quale rivede le diagnosi, ricerca i motivi delle raccomandazioni; occorrendo, pone in osservazione il malato raccomandato, e alla fine delibera sull' accettazione in base di alcuni criteri fondamentali. Perocchè un Sanatorio per i tisici, non è un Ospedale come ogni altro, non è neppure un asilo, non è un lazzaretto, nè un leprosario; esso è una casa, nel più dolce senso della parola, ove si va per vivere in un certo modo che valga a sorreggere le forze naturali nella lotta contro il male, ma questa lotta non si potrebbe compiere se il male fosse già troppo avanzato, cosicchè il nuovo regime non basterebbe a superarlo. È necessario pertanto che colui che deve essere ricoverato sia in condizioni di poter guarire o per lo meno di poter non peggiorare. È utile che i gravi sieno raccolti in compartimenti distinti, e sotto speciali cautele, ma questo mira ad impedire che il malato propaghi ad altri la malattia e non consente la speranza della di lui salvezza. Invece il Sanatorio mira al doppio fine di impedire la diffusione del germe e di restituire al sofferente la capacità al lavoro con una esistenza normale.

Certo è che il compito dell' accettazione è il più difficile e il più delicato, sia perchè duole sempre il dover pronunciare o anche sottintendere il responso: « È troppo tardi! » sia perchè se è facile distinguere nettamente i casi gravi e i casi leggeri, non altrettanto facile è la valutazione esatta dei casi medi nelle loro infinite gradazioni, nè sempre è sicuro il pronostico, chè vi hanno dei malati in apparenza leggeri, che o per ragione di costituzione, o per complicanze con altre infermità, o per l' eredità che sta a base del morbo, possono avviarsi al peggio, e vi hanno casi discretamente gravi che tuttavia migliorano notevolmente. Onde l' Ufficio centrale di Basilea accetta anche casi di media gravezza e ne rimase soddisfatto. Tuttavia esso insiste nell' avvertire i malati e i medici, che quando sintomi leggeri di catarro delle vie respiratorie persistano tuttavia oltre 4 a 6 settimane, accompagnati o no da elevazioni di temperatura, ma con diminuita capacità al lavoro, e con sensibile diminuzione di peso, non si deve perdere tempo aspettando l' azione di uno o di altro rimedio, chè frattanto il processo inevitabilmente prosegue, e potrebbe non essere più arrestato. Il malato che fu accettato si presenta col suo fabbisogno di vestiario al direttore del Sanatorio, cui consegna il suo foglio, ove, come si disse, sono notati in prima pagina i dati generali fino al giorno della accettazione, e il direttore nota nella 2.ª pagina tutta la storia medica dell' infermo durante il suo soggiorno nel Sanatorio. La durata media del soggiorno dei ricoverati a Davos nel Sa-

natorio di Basilea fu di 104 giorni, e quando l' infermo è licenziato, o guarito o migliorato, si ripresenta alla Commissione centrale, che lo indica al medico che lo ha presentato, con incarico di sorvegliare di quando in quando il guarito o il migliorato, per sei mesi o più, annotando, nella 3.ª pagina, il peso, la capacità al lavoro, lo stato generale, cosicchè ogni individuo ha la storia antecedente e la consecutiva e la finale di tutta la sua vicenda, con grande vantaggio della conoscenza esatta del valore del Sanatorio e dell' ufficio reale che esso compie. Come ho detto, un buon esito dipende da una buona accettazione, e la Commissione centrale di Basilea non si attende solo l' aiuto dei liberi professionisti, ma anche e sopratutto quello dei Policlinici, ove il popolo accorre fin dai primi momenti del suo malessere. Certo è, che licenziato l' infermo dal Sanatorio, come guarito o migliorato, può talora ritornare esso nel triste ambiente domestico che tende a farlo ricadere, e questi casi dovranno promuovere in altri campi l' attività dei filantropi.

Entrato nel Sanatorio. l' infermo deve sottoporsi esattamente alle regole dell' Istituto, il quale di solito non raccoglie più di 80-100 infermi, ed è retto da un medico direttore e da un suo assistente. L' infermo vive giorno e notte all' aria libera, e precisamente di giorno, ad ogni stagione vive fuori della camera da letto, o all' aperto o sotto apposita galleria aperta verso mezzodì, e di notte dorme in una camera ove non si contengono mai più di 4 letti, tenendo gradatamente le finestre semiaperte e poi aperte del tutto. La dieta è abbondante, vi si mangia non molto ad ogni pasto, ma di frequente. In genere sono sei pasti di cibi nutrienti e gradevoli, ordinariamente uniformemente amministrati ai ricoverati, ma senza esclusione di varianti per rendere soddisfatto il gusto e lo stomaco dell' infermo. Questo dunque, fruisce dell' azione continuata dell' aria pura, libera e costante, della sovralimentazione e del riposo. La vita all' aria libera dona di solito agli infermi l' appetito e la capacità digestiva, elementi che già da soli garantiscono quasi tutto il successo. Perchè questo non è raccomandato a nessuna medicina, ma alla ricostituzione delle forze, cui si deve ben presto la cessazione della febbre, l' aumento del peso del corpo, la cessazione dei sudori, la diminuzione del catarro, e un senso di tranquillo benessere aiutato da una opportuna cura suggestiva e morale.

Non si deve dimenticare che il tisico è soggetto di natura malinconico, eccitabile e talora difficile ad accontentare, e il medico non deve essere solamente un tecnico abile, ma deve essere essenzialmente un medico psicologo, che insinui, sarei per dire, la dolcezza della vita, che prevenga i contrasti, che sostenga insomma le forze morali, le quali sono un validissimo soccorso al malato.

Onde il Sanatorio ha cura di rimuovere le cause nocive di ogni sorta; esso ha nella assoluta nettezza e gaiezza dell' ambiente un aiuto potente per la cura; ha nella orientazione sua a mezzodì, con un gradevole paesaggio all' intorno, nella costante presenza dell' amico direttore, e nel contorno di cose dolci e serene, e nell' assenza di ogni pratica e di ogni immagine di tristezza, un nido umano e amoroso, ove anche il sentimento si addolcisce, e aiuta ad apprezzare l' esistenza normale che spesso vi si riacquista.

Come cura secondaria interviene, o la fregagione a secco, o la doccia per agguerrire contro le vicende atmosferiche; come preservazione del proprio vicino e di sè stesso, il malato è educato a raccogliere i propri sputi esclusivamente nella sputacchiera da tasca, che viene di tanto in tanto ripulita. L' infermo non deve fare uso di alcool, più di quello che il medico gli consente, onde se esso, uscendo dal Sanatorio, e recandosi nel più

vicino abitato, fosse colto all' osteria, il direttore lo ammonirebbe una prima volta, e alla seconda lo espelle dall' Istituto. Non occorrono pene per trascuranze nello sputare, perchè i ricoverati si sorvegliano reciprocamente, ed uno di questi, cui per caso era accaduto di sputare sul pavimento, suonò tosto il campanello, e fece la guardia al suo sputo, fino a tanto che non era venuto l' inserviente a levarlo e a disinfettare il suolo.

I vantaggi che si ottengono da questo metodo di cura dal lato medico e dal lato morale sono grandissimi; non minori sono i vantaggi economici.

Il calcolo che fa il Penzoldt per l' impero tedesco può applicarsi a tutte le nazioni: ammettendo, egli dice, che sui 70,000 malati che da 15 a 60 anni (cioè nel periodo attivo e produttivo della vita) muoiono di tubercolosi polmonare, 12,000 siano designati per seguire il trattamento nei sanatorii, e che di questi, 900 possano in seguito a questo trattamento riprendere ancora per 3 anni il lavoro interrotto, ne segue che portando a 500 marchi in media la cifra del salario annuale, il bilancio sociale sarà di 3 × 500 × 9000 ossia 13,500,000 marchi, e se da queste cifre, si deducono le spese di trattamento e gli interessi dei capitali impiegati, il benefizio resterà di 7,500,000 marchi.

Non dovrebbe l' idea di tal benefizio che si conta per milioni di lire, muovere tutti gli interessati a riunirsi per far sorgere e moltiplicare questi sanatorii? Basterebbe che le sole somme spese attualmente per la cura dei tubercolosi venissero accumulate in ogni provincia per potere in ognuna di esse costituirne uno. Ci mancano i dati per poter calcolare quanto nella provincia di Parma si spenda da Municipii, Amministrazioni Ospedaliere, Opere Pie, Società di Mutuo soccorso ecc., annualmente per la tubercolosi: abbiamo visto però come per i soli ammalati di tubercolosi polmonare ricoverati nell' Ospedale di Parma, un centinaio in media, si possa calcolare una spesa media annua di 30,000 lire circa. Un sanatorio bene organizzato, con 50 letti, che permette quindi la cura a 200 ammalati ogni anno, non verrebbe a costare molto più, col vantaggio che assicurandosi le guarigioni, diminuendo le recidive, restringendosi sempre più il numero dei tubercolosi, tale spesa verrebbe man mano diminuendo, col vantaggio grande infine che tale spesa sarebbe veramente utile e non completamente perduta. La spesa di costruzione ed arredamento largamente calcolata, in base ai dati dei sanatorii esteri a L, 5000 per letto, renderebbe necessario un capitale di 250,000 lire, vale a dire circa L. 15,000 di interesse annuo, che insieme alla spesa di mantenimento degli ammalati manutenzione ecc, porterebbero ad una spesa annua di 60,000 lire approssimativamente, certo molto, molto di meno, di quanto ora si spende. Non si tratterebbe, per riassumere in poche parole, che di devolvere ad uno speciale ed utile Istituto, ciò che ora va sbriciolato, in giornate di degenza all' Ospedale, in medicinali, in sussidii, *senza che si ottenga mai un caso di guarigione.*

Ed ora non ci si dica che è prematuro parlare della istituzione di un sanatorio nella nostra Provincia, che noi ci nutriamo di chimere; sappiamo benissimo che non oggi, nè forse domani questa istituzione qui fra noi potrà sorgere, e nonostante scrivemmo. Abbiamo vergate queste poche pagine, rivolgendoci fiduciosi ai colleghi perchè credevamo fosse utile porre loro innanzi le nuove vedute professionali che sorgono dai fatti esposti, scrivemmo nel desiderio e nella speranza che la convinzione in noi salda che la tubercolosi è curabile e guaribile possa divenire patrimonio di tutti i medici, possa persuaderli che, date le nuove idee, la condotta professionale del medico di fronte all' ammalato di tubercolosi deve cambiare, e dalla sentimentale pietà che faceva celare il morbo come cosa vergognosa, si deve passare al saggio sistema di far conoscere il male ed indicare il rimedio.

A noi medici incombe per ora un obbligo urgente : quello di farci gli apostoli di una lotta accanita contro la tubercolosi, contro questa malattia che a più d' uno di noi ha rapito un parente, un amico, una persona cara. A noi, cui è dato penetrare nelle case di tutti, del ricco come del povero, a noi, la cui parola, il cui consiglio sono accolti ed ascoltati con rispetto incombe l' obbligo di cogliere ogni occasione, ogni istante propizio per inculcare nella mente di tutti, dei miseri, degli ignoranti in ispecie che un tubercoloso è un infelice che deve essere amato e soccorso, ma dai cui baci, dal cui contatto il sano deve ritrarsi, se ama se stesso ed i suoi cari. Noi dobbiamo fare la guerra agli sputi : tanti sputi distrutti, tante tubercolosi evitate: noi dobbiamo chiedere sempre che si distruggano il latte, le carni infette, ed in questa opera ci potranno dare aiuto i colleghi veterinarii. Noi infine, quando mostreremo di essere tutti uniti e convinti, potremo ottenere che Governo e Municipii e privati s' associno nella gran lotta, ed allora, la vittoria sarà certa.

Parma, 1° Maggio 1899.

Tipografia **R. PELLEGRINI** libraio-editore.